ITEM 155 : INFECTIONS CUTANÉO-MUQUEUSES

PHYSIOPATH

Surface cutanée : séparation de l'organisme et du milieu extérieur.
- **Flore commensale permanente** : bactéries (corynébactéries, staphylocoques blancs…), virus, parasites, champignons.
→ Portage constant physiologique, plus marqué dans certaines zones (grands plis, périnée, orifices narinaires).
- Protection mécanique : **continuité des cornéocytes.**
- Protection chimique : **pH acide** (**5,5**), **sébum hydrophobe**, **peptides antimicrobiens** (défensine, lysozyme, cathélicidine).
- Protection biologique : **microbiome non pathogène, système immunitaire** (cellules de Langerhans épidermiques, macrophages dermiques, lymphocytes à tropisme cutané).

DEF

Mycose = infection provoquée par des champignons ou des mycètes microscopiques.
Mycose superficielle = mycose qui touche la peau, les phanères (surtout au niveau digestif et génital).

INFECTIONS BACTÉRIENNES

- ***S. aureus*** : résistant à l'amoxicilline, sensible à la méticilline (++ pénicilline M : Oxacilline) dans > 95 % des cas.
- ***Streptococcus pyogenes*** = **streptocoque β-hémolytique du groupe A** : sensible à l'amoxicilline dans 100 % des cas.
- Antibiothérapie de 2de intention (en cas d'allergie) : **pristinamycine** ou **clindamycine.**

IMPÉTIGO

Impétigo = infection de la couche cornée de l'épiderme à ***S. aureus*** (70 %, 90 % en France), **streptocoque pyogène** (30 %, pays émergents+++) ou les 2.
- **Non immunisant** : récidives possibles.
- Transmission directe par voie manuportée (auto-inoculation ou contagion par d'autres individus).
- Particulièrement fréquent chez l'enfant et en milieu **défavorisé.**
- **Très contagieux** : auto-inoculation, petites épidémies familiales ou de collectivité.
- **Impétigo primaire** (rarement chez l'adulte) ou **impétiginisation** = sur **dermatose préexistante** (eczéma, varicelle, lymphome cutané…) ou lésions de grattage (gale, pédiculose…)
→ En cas d'impétiginisation sans dermatose connue : évoquer une **gale** ou une **pédiculose** (surtout à la nuque).
- **Complications locales** (très rares) : lymphangite, abcès sous-cutanés.

C

Impétigo bulleux staphylococcique

= Production locale de **toxine exfoliatine A ou B** → rupture de cohésion des kératinocytes en ciblant la desmogléine 1 des desmosomes de l'épiderme superficiel.
- Lésion élémentaire : vésico-**bulle fragile sur peau inflammatoire.**
- → **pustule** → **rupture** → **érosion suintante** ou recouverte de **croûtes jaunâtres mélicériques** (couleur miel).
- Regroupement de lésions multiples : placards polycycliques à contours circinés.
- Localisation : peut toucher toute zone de la peau, classiquement péri-orificielle (péribuccale chez l'enfant, périanale, péri-génitale chez le nourrisson par macération des couches, « **pemphigus épidémique des crèches** »).
- Signes associés : **apyrexie, état général conservé, parfois ADP satellite.**
- **Forme clinique disséminée** : en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson.
- Guérison sans cicatrice.

Impétigo streptococcique

= Distinction clinique difficile avec l'impétigo staphylococcique, de peu d'intérêt.
- Complication (exceptionnelle) : **glomérulonéphrite post**-streptococcique (non prévenue par l'antibiothérapie)**, RAA.**
- Contrôle de la protéinurie 3 semaines après l'épisode infectieux **non systématique.**

Ecthyma

= Impétigo creusant, plus particulièrement au **streptocoque β-hémolytique du groupe A.**
- **Pathologie fréquente de la précarité.**
- **Ulcération profonde** du derme, initialement recouverte par une **croûte** épaisse noirâtre entourée d'un **halo inflammatoire**, laissant une **cicatrice séquellaire.**
- Le plus souvent au membre inférieur, chez l'adulte, volontiers diabétique ou éthylique.
→ A distinguer de l'**ecthyma gangrenosum** (dermohypodermite bactérienne nécrosante) à ***Pseudomonas*** chez l'immunodéprimé.

PC

→ **Diagnostic clinique** : aucun examen.
- **Prélèvement d'une bulle non rompue pour examen bactériologique** seulement à but épidémiologique, en cas d'échec de traitement ou de cas compliqué.

TTT

TTT local

= En cas de **forme peu étendue** : surface atteinte **< 2 %** (chez l'enfant, 1 % = surface d'une paume de main) ou ≤ **5-6 sites lésionnels**, non extensif.
- **Pas d'antiseptiques locaux (HAS 2019).**
- **Antibiotiques topiques** (une des rares indications !) : **mupirocine** 2 fois/jour pendant 5 jours.

TTT systémique

= En cas de lésions multiples étendues et ecthyma (à ne pas associer avec un traitement ATB local) :
- **Antibiothérapie per os** pendant **7 jours exclusifs** (pas de ttt local en plus) :
  - **Enfant : céfadroxil (C1G)** ou **amoxicilline-acide clavulanique** (80 mg/kg).
  - **Adulte : céfalexine (C1G)** ou **pristinamycine.**

<table>
<tr><td></td><td></td><td>Mesures associées</td><td>- Renforcement des mesures d'hygiène personnelle : Lavage biquotidien au savon avec rinçage, lavage des mains, brossage des ongles, changement quotidien de linge de corps.
- Éviction scolaire pendant 3 jours après le début du traitement sauf lésions protégeables.
- Traitement étiologique d'une dermatose sous-jacente.</td></tr>
<tr><td rowspan="8">FOLLICULITE, FURONCLE</td><td colspan="3">= Infection du follicule sébacé : à S. aureus dans la majorité des cas.</td></tr>
<tr><td>Folliculite superficielle</td><td colspan="2">= Infection de la partie superficielle du follicule pilo-sébacé (ostium folliculaire).
- Pustule centrée par un poil, associée à un érythème périfolliculaire, sans cicatrice séquellaire.
- Localisation : nombre variable, siège sur les régions pileuses (cuisses, périnée, bras, dos, thorax), les cils (orgelet), favorisé par la macération et le frottement.
- Sycosis de la barbe : forme clinique particulière localisée à la face, caractérisée par l'extension et la chronicité des lésions, favorisée par le rasage.</td></tr>
<tr><td>Furoncle</td><td colspan="2">= Infection profonde et nécrosante avec atteinte du follicule pilo-sébacé en totalité (S. aureus +++).
- Papule ou nodule inflammatoire, douloureux, centré par une pustule sur une zone pileuse, sans poil (le poil disparaît par nécrose) → zone nécrotique centrale (bourbillon) en 5 à 10 jours, avec cicatrice séquellaire.
- Si évolution abcédée récidivante avec petites épidémies familiales → recherche de forme toxinogène (Leucocidine de Panton-Valentine → nécrose) et portage chronique.
- Apyrexie sauf forme profuse ou disséminée.
- Autres formes cliniques :
. Anthrax : conglomérat de plusieurs furoncles.
. Furonculose = furoncles avec évolution récidivante souvent lié à un portage nasal du S. aureus, (Recherche des FDR comme le diabète, l'immunodépression ou carence martiale souvent négative).
- Favorisé par la macération et le frottement.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Autre folliculite : dermatophytes (kérion = dermatophytie inflammatoire ; folliculite pytirosporique), folliculite à Candida albicans ou à BGN.
- Acné.
- Pseudo-Folliculite non infectieuse : maladie de Behçet, maladie de Crohn, folliculite à éosinophiles.
- Hidradénite suppurée = maladie de Verneuil : inflammation chronique des zones riches en glandes apocrines (plis axillaires, sous-mammaires et ano-périnéaux).
- Kyste épidermique inflammatoire ou surinfecté sur le visage : notion de kyste préexistant.</td></tr>
<tr><td>Complications</td><td colspan="2">- Furoncle à risque de complications : âge < 1 an, comorbidités, drainage difficile, localisation à la partie médiane du visage.
- <u>Locorégionales</u> :
• Abcès primitif.
• Dermohypodermite aiguë.
• Lymphangite.
• Staphylococcie maligne de la face (grave, rare) = dû à la manipulation d'un furoncle localisé dans la zone centro-faciale (limitée par le canthus interne, la commissure labiale et l'aile du nez), au-dessus de la ligne horizontale des lèvres (zone de drainage veineux vers le sinus caverneux) : thrombophlébite superficielle septique des veines de la région centro-faciale, avec risque de thrombophlébite du sinus caverneux (risque vital) -> TDM de la face.
- Clinique : AEG avec œdème du visage ± cordon veineux induré sous-jacent.
- <u>Systémiques</u> : porte d'entrée : bactériémie ± localisation secondaire (EI, infection de prothèse, spondylodiscite, arthrites…)</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">→ Diagnostic clinique : aucun bilan nécessaire en cas de forme non compliquée.
- Forme compliquée ou furonculose : NFS, sérologie VIH, EPP, glycémie à jeun, prélèvement du furoncle, recherche de portage du S. aureus (nez, périnée, anus, cicatrices…)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td colspan="2">- Mesures d'hygiène générales : douche quotidienne, lavage des mains à l'antiseptique (chlorhexidine ou polyvidone iodée), éviter la manipulation du furoncle et les vêtements synthétiques ou trop serrées.
- Soins antiseptiques locaux pluriquotidiens (solution, crème, pommade) : chlorhexidine, polyvidone iodée…
- En cas de sycosis : mousse à raser antiseptique, rasoirs jetables, espacer le rasage.</td></tr>
<tr><td>Folliculite</td><td>Guérison spontanée si forme limitée.
Si forme profuse : Amoxicilline-Acide clavulanique ou Pristinamycine.</td></tr>
<tr><td>Furoncle</td><td>- Antibiothérapie réservée aux patients comorbides ou formes à risque de complication (furoncle centro-facial) : Pristinamycine ou Clindamycine, pour 5 jours/enfant : Augmentin 5 j 80 mg/kg.
- Incision si furoncle volumineux.
- Protection par un pansement.</td></tr>
</table>

		Furonculose	**Prélèvement d'un furoncle pour antibiogramme puis :** - Mesure d'hygiène ci-dessus. - **Recherche d'un portage de S. aureus dans les gites.** - Antibiothérapie *per os* **par clindamycine** ou **pristinamycine** pour **7 jours.** - **Décontamination des principaux gîtes de portage** (aisselles, périnée et vestibules narinaires) pendant 7 jours par **douche antiseptique quotidienne à la chlorhexidine et application de pommade antibiotique (mupirocine) 2 fois par jour dans les vestibules nasaux, pour le patient ET son entourage.**
AUTRES INFECTIONS CUTANEES STAPHYLOCOCCIQUES	**Panaris**		= Infection du repli unguéal : repli unguéal inflammatoire et douloureux, augmenté de volume. Peu aboutir à la perte de l'ongle si matrice touchée. Complications : lymphangite, phlegmon des gaines, arthrite. - TTT : **antiseptiques locaux** ± **incision et drainage**, antibiotique systémique (si résistance et/ou collection et/ou complication).
	Abcès		= **Collection de pus** dans le derme et/ou l'hypoderme (au sein d'une cavité néoformée). - **Abcès primaire** ou **spontané** ± **récidive** ± petites épidémies familiales : rechercher leucocidine de PV *(S. Aureus*) - **Abcès 2ndr** (toxicomanie, inoculation…) : *S. Aureus* +++. Attention : émergence de *S. Aureus* Méti-R en milieu communautaire (SARM-CO) → infections suppuratives dont de nombreux abcès parfois nécrotiques.
		C	- **Nodule** ou **plaque** érythémateuse inflammatoire et très douloureux. - Après quelques jours : consistance molle (témoin de la collection). - **Lymphangite** et/ou **ADP satellites** parfois associées, fièvre rare, état général conservé.
		PC	- **Analyse bactériologique du pus systématique** : identification de la bactérie.
		TTT	- **Traitement chirurgical** essentiellement : **drainage de l'abcès** sous AL ou AG, sans antibiothérapie clindamycine 5 jours associée sauf si : **Volume important > 5 cm, loca**lisation critique (visage), immunodépression, échec du drainage, âges extrêmes ou présence de signes généraux.
	Lymphangite		= **Infection du réseau lymphatique** : généralement à ***S. aureus*** ou à **streptococcus pyogène.** - **Traînée linéaire inflammatoire érythémateuse**, partant généralement de l'origine de l'infection et se dirigeant vers le relai ganglionnaire locorégional. - Accompagné d'**ADP satellites** et parfois de **fièvre**, état général conservé. - TTT : **antibiothérapie systémique.**
AUTRES INFECTIONS CUTANEES	**Thrombo-phlébite superficielle**		= Caractère thrombogène de *S. aureus* (permet le développement de l'infection, à l'origine d'emboles septiques et de localisations 2ndr) : **thrombose septique du réseau veineux superficiel**, qui peut se propager vers les veines profondes. - **Classiquement** : complication d'un cathéter veineux → cordon inflammatoire induré à la palpation, fébricule → retrait du cathé, antiseptiques et ATB systémique si résistance ou complication. - **Forme rare :** Staphylococcie maligne de la face.
	Autres dermo-hypodermites bactériennes (DHB) = cellulite		**Cellulite faciale** = infection des espaces aponévrotiques profonds de la face et du cou (espaces cellulo-adipeux) avec risque de diffusion rapide de la base du crâne au diaphragme. **DHB faciale d'origine buccodentaire :** - Facteurs favorisants : défaut d'hygiène et de soins dentaires, immunodépression, médicaments (AINS et AIS). - Dents causales : 1re molaire, 3e molaire, 2e molaire. - Étiologies : foyer infectieux apical (granulome ou kyste apicaux), parodontopathie (gingivite ou parodontite profonde), péricoronarite, traumatisme dentaire. - Voies de propagation : endodontique (chambre pulpaire) ou parodontale (collet de la dent puis le parodonte). - DHB séreuse ou phlegmasique : tuméfaction douloureuse, lim flou comblant le sillon buccodentaire. Peau tendue douloureuse, érythémateuse et chaude +/- trismus +/- fièvre. . → Examen dentaire, panoramique dentaire, *Cone beam*, scanner cervico-facial et médiastinal. . → Bilan biologique si signes de gravité ou mauvaise évolution. **Ttt** : ATB ciblant germes buccodentaires *(Staph aureus, Strepto pyogenes et anaérobies)* + geste dentaire. - DHB collectée ou suppurée (suite de la forme séreuse) : peau tendue, rouge, luisante, chaude avec fluctuation sous cutanée (= collection), douleur intense, lancinante, insomniante, fièvre élevée. Dysphagie, odynophagie, hypersalivation, dyspnée, dysphonie, trismus serré, œdème palpébral inférieur, asthénie. . **Hospitalisation et ttt** ATB ciblant germes buccodentaires + chirurgie (drainage). . Peut évoluer vers la chronicité avec fistulisation = DHB chronique. . Complications locales : cellulite gangréneuse (nécrose extensive des tissus = fasciite nécrosante), thrombophlébite faciale et cranio-faciale. . Complications régionales : médiastinite, détresse respiratoire. . Complications à distance : endocardite infectieuse, sepsis et choc septique.

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td></td><td><u>DHB faciale d'origine cutanée</u> :
- Non nécrosante, lié à S. pyogenes, porte d'entrée svt insignifiante.
- Plaque érythémateuse avec bourrelet inflammatoire périph.
- TDM cervico-facial injecté pour éliminer une thrombophlébite du sinus caverneux si supsi de staphylococcie maligne de la face.
- Ttt idem érysipèle sauf si sur furoncle = Staphylococcie maligne de la face (ATB IV couvrant le Staph aureus ± antico curative si thrombose).</td></tr>
<tr><td>Infection 2ndr de plaie</td><td>- Plaie → colonisation → colonisation critique (rupture de l'équilibre) → infection (=manifestation pathologique d'une colonisation) → Lésion inflammatoire (douleur, érythème), présence de pus et de fièvre (non obligatoires).
- Distinction difficile entre colonisation et infection, surtout pour les plaies chroniques.
- Attention : prélèvement bactériologique positif ≠ infection (++ sur les plaies chroniques) !</td></tr>
<tr><td>Manifestation systémique</td><td>= Manifestation dermatologique de la diffusion systémique d'une toxine : Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS), Toxic Shock Syndrom.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">ÉRYSIPÈLE</td><td colspan="3">= Dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante : le plus souvent à un streptocoque pyogenes (mais B, C ou G), possiblement associé au staphylocoque doré.
- Symptomatologie marquée principalement liée à un superantigène, malgré une prolifération bactérienne peu intense (hémocultures positives < de 5 % des cas).
- Concerne surtout l'adulte > 40 ans, rare chez l'enfant (surrisque de DHBNN en cas de varicelle), atteinte du membre inférieur dans 95 % des cas.
- Principaux facteurs favorisants : lymphœdème chronique ++, insuffisance veineuse, obésité, porte d'entrée cutanée.</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">- Fièvre variable, de 38 à 40°C, avec frissons : 1er signe.
- Placard cutané inflammatoire bien circonscrit et œdémateux, douloureux, d'extension rapide et unilatéral.
- Bourrelet périphérique : rare sur la jambe, fréquent au visage.
- Décollements bulleux superficiels et purpura localisé possibles (conséquences de l'œdème dermique).
- ADP inflammatoires régionales et/ou lymphangite fréquente.
- Absence de signe de gravité devant faire suspecter une dermohypodermite nécrosante.
<u>Signes de gravité :</u>
- Signes généraux de sepsis ou choc toxinique.
- Localement : extension rapide en qq heures, douleurs très intenses, impotence fonctionnelle, lividités, taches cyaniques, hypo ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, crépitations sous-cutanées, nécrose.
- Aggravation locale en 24-48 h malgré antibiothérapie.
→ Rechercher une porte d'entrée (présente dans 75 % des cas) : fissuration inter-orteil (mécanique, mycosique), piqûre, plaie…</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">Forme</td><td>Symptômes</td><td>- Forme bulleuse, purpurique, voire nécrotique.</td></tr>
<tr><td>Topographie</td><td>- Au visage (5 à 10 %) : placard inflammatoire souvent unilatéral, très œdémateux, avec bourrelet périphérique marqué.
- Plus rarement : membre supérieur (ATCD de curage), abdomen, thorax (ATCD de thoracotomie ou mammectomie), fessier.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">→ /!\Diagnostic clinique : aucun examen complémentaire nécessaire en l'absence de signe de gravité.
-NFS/CRP souvent élevées précocement.
- Prélèvement de la porte d'entrée si contexte de voyage, aquatique, morsure animale ou humaine…
- Examen bactériologique : peu contributif (rarement positif au niveau de la porte d'entrée ou d'hémocultures).
- Echographie-Doppler du MI : non systématique, seulement si suspicion de thrombose veineuse profonde.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Thrombose veineuse surale.
- Dermohypodermite de stase (sur insuffisance veineuse) : bilatérale, subaiguë/chronique, sans fièvre, pas de syndrome inflammatoire biologique.
- Dermohypodermite à S. Aureus : Contexte de mal perforant plantaire ou toxicomanie, présence de pus frqte.
- Infection de site opératoire (matériel d'ostéosynthèse ou prothèse).
- Morsure, griffure, érythème migrant, érythème noueux, lymphangite, panniculite.
- Dermohypodermite nécrosante : fièvre persistante sous antibiotique ou hypothermie, collapsus, AEG important, douleur très intense ou évoluant vers une hypoesthésie, induration diffuse et rapidement extensive, zones cyaniques et/ou nécrotiques, crépitation → exploration chirurgicale en urgence ± IRM si disponible.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">→ Hospitalisation seulement si : doute diagnostique, signes généraux marqués, complications, comorbidités significatives (diabète, insuffisance cardiaque…), contexte social défavorable ou absence d'amélioration à 72 h, > 75a ou < 1a.
- Guérison sous antibiothérapie : apyrexie en 2-3 jours, disparition des lésions cutanées généralement en 14 jours.
- Récidive : risque évolutif principal = 30 %, favorisée par l'insuffisance veineuse ou une lymphangite chronique, la persistance d'une porte d'entrée (ulcère de jambe, intertrigo inter-digito-plantaire) et le surpoids.
→ < 1 % de mortalité (par décompensation de comorbidités).
- Si pas d'amélioration → suspecter forme abcédée, forme nécrosante évoluant à bras bruit ou étiologie non streptococcique.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td>Antibio-thérapie</td><td>= Antibiothérapie systémique antistreptococcique :
β-lactamine :
- Pénicilline G injectable : traitement de référence, de moins en moins utilisé.
. 1re intention : Amoxicilline : oral ± début IV, 50 mg/kg en 3 prises/j 7 jours.
. Augmentin® d'emblée si enfant (80 mg/kg per os ou 100 mg/kg IV si forme grave) ou si doute sur autre bactérie en cause (S. aureus).
. 2de intention (si allergie) : pristinamycine (ou clindamycine, mais 6 % de résistance).</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td>- Repos au lit non strict avec surélévation des membres inférieurs, arceau.
- Antalgique en cas de douleur.
- Anticoagulation préventive seulement si terrain à risque de maladie thromboembolique.
- Traitement adapté de la porte d'entrée.
➝ Anti-inflammatoire systémique formellement déconseillé : risque de fasciite nécrosante.
- Prise en charge du risque tétanique.</td></tr>
<tr><td>Prévention des récidives</td><td>- TTT d'une porte d'entrée persistante : antifongique topique si intertrigo mycosique…
- Prise en charge des facteurs favorisants : insuffisance veino-lymphatique, obésité…
- En cas de récidives multiples ≥ 2 épisodes/an malgré la correction des facteurs favorisants : antibiothérapie au long cours possible par benzathine-benzylpénicilline toutes les 2 à 3 semaines pendant 6 mois.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">DERMOHYPODERMITE NÉCROSANTE</td><td colspan="3">= Prolifération bactérienne intense, généralement à streptocoque A en association avec d'autres bactéries type BGN, anaérobie (Clostridium…), avec nécrose évoluant de la profondeur vers la superficie ➝ urgence vitale (30 % de mortalité).
- Fasciite nécrosante associée en cas d'atteinte des aponévroses superficielles et fascias profonds intermusculaires.
- Terrain favorisant : diabète (25 % des cas), artériopathie, mauvais état général, prise d'AINS, + les FdR d'érysipèle.
- Localisation : membre inférieur (plus fréquent), cervico-faciale (« cellulite » d'origine dentaire, chirurgie ORL, avec risque de médiastinite), thoraco-abdominale (post-chirurgical), périnéale = gangrène de Fournier (lésion périanale ou chirurgie, surtout anale).
- Classification :
• Type 1 : infection polymicrobienne à anaérobies, CGP et BGN.
• Type 2 : infection mono-microbienne à streptocoque A ou S. aureus.
• Type 3 : infection à Vibrio vulnificus (contamination en eau chaude en Asie).</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">= Présentation identique à un érysipèle avec présence de signes de gravité :
- Signes généraux marqués : sepsis grave, choc septique.
- Douleur intense, non soulagée par les antalgiques de palier 1 et 2, s'étendant au-delà des lésions.
- Induration des tissus au-delà des lésions visibles.
- Évolution défavorable malgré l'antibiothérapie adaptée au diagnostic d'érysipèle.
- Extension rapide en quelques heures.
- Signes locaux (à un stade tardif) : placards grisâtres, hypoesthésie, évoluant vers la nécrose (tâches cyaniques, bulles hémorragiques, aspect livide et atone de la peau).
- Crépitation neigeuse en cas d'association avec des bactéries anaérobies.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Bilan : bilan préopératoire, hémocultures (positives dans 10-20 % des cas).
- Prélèvements bactériologiques peropératoires (aérobie et anaérobie).
- Imagerie uniquement si réalisable rapidement = IRM (référence), scanner, voire échographie ou Rx : apprécie l'extension en profondeur de la nécrose (épaississement, infiltration hétérogène, bulles d'air).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td colspan="2">➝ Hospitalisation urgente en réanimation : mesures non spécifiques de réanimation.</td></tr>
<tr><td>Traitement chirurgical</td><td>- Débridement chirurgical large des tissus nécrosés, lavage abondant, mise en place de drain.
- Reprises si besoin les jours suivants (tant que réapparaissent des zones de nécrose).
- Amputation parfois nécessaire.
- Dans les formes périnéales : dérivation digestive (colostomie) et urinaire.
- Chirurgie reconstructrice si besoin dans un 2d temps : lambeaux, greffes…</td></tr>
<tr><td>Antibio-thérapie</td><td>= IV à forte dose, secondairement adaptée, pour une durée de 14 à 21 jours.
- Membres ou région faciale : Augmentin® + clindamycine (anti-toxinique).
- Pédia : Augmentin 150 mg/kg/j + clindamycine 40 mg/kg/j.
- Abdomino-périnéale : pipéracilline-tazobactam ou imipenème + métronidazole.
- Post-opératoire ou nosocomiale : pipéracilline-tazobactam ou imipenème.
- Toxicomane : Augmentin® ou pénicilline M (anti-SASM) ± vancomycine (anti-SARM).
- En cas de sepsis grave : + aminoside (gentamycine si communautaire, amikacine si nosocomiale).</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td>- Oxygénothérapie hyperbare : efficacité prouvée en cas d'infection à germes anaérobies.
- Ig polyvalentes : antitoxinique, efficacité prouvée en cas d'infection streptococcique.</td></tr>
</table>

MYOSITE	= **Myonécrose** ou **myosite bactérienne** : atteinte primitive ou prédominante du muscle, avec ou sans nécrose, fréquemment associée à une atteinte des fascias et de l'hypoderme. - Généralement mono-microbien : ***Clostridium***, surtout ***C. perfringens*** (90 %), **streptocoque A, *S. aureus.*** - Après un **traumatisme** (plaie souillée), en **post-opératoire** (amputation), pied diabétique, brûlure, escarre, injection IM. - Début brutal avec **œdème tendu**, très douloureux, signes cutanés peu marqués (**peau pâle** puis **rouge-violacée**), **crépitation sous-cutanée**, **signes généraux marqués.** ➝ **Urgence chirurgicale** : prise en charge identique à la dermohypodermite nécrosante.

INFECTIONS À CANDIDA

Candida albicans : levure endo-saprophyte des muqueuses du tube digestif, génitales féminines et respiratoires (**jamais sur la peau saine !**)
Peut passer de l'état saprophyte à l'état pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisant l'infestation :
- **Endogène** principalement : porte d'entrée digestive ou génitale.
- **Exogène** (rare) : chorio-amniotite par vaginite candidosique chez la mère, candidose sexuellement transmissible.
- **Septicémie** ou **lésion viscérale profonde** (très rare) : immunosuppression, aplasie médullaire, nouveau-né prématuré.

FDR	Facteurs locaux	- **Humidité/macération** : contacts répétés avec l'eau, occlusion, obésité, transpiration… - **pH acide**, **irritation chronique** (prothèse dentaire, mucite post-radique…), **xérostomie.** - Facteurs locaux d'origine exogènes : pâtissiers (contacts répétés avec le sucre).
	Facteurs généraux	- **Immunosuppression** : congénitale, âges extrêmes, grossesse, immunosuppresseur, corticoïdes, VIH, cancer. - **Diabète.** - **Antibiotiques généraux** (à large spectre), **œstroprogestatifs.**
CANDIDOSE BUCCALE ET DIGESTIVE		= Touche 1 ou plusieurs segments du tube digestif, prédominante aux extrémités (bouche et anus) : fréquent aux âges extrêmes (nouveau-né, sujet âgé, surtout avec prothèse dentaire), immunodéprimés ou sous antibiotique. **Diagnostic positif :** **- Aspect clinique :** souvent très évocateur et suffisant. - Confirmation biologique par examen mycologique (frottement appuyé sur placard blanchâtre). . Indication : clinique atypique, DD nécessaire, lésions récidivantes malgré un traitement adéquat. . Prélèvement à faire réaliser le matin, strictement à jeun et sans brossage dentaire ni bain de bouche, grattage de la face dorsale de la langue. . Examen direct : présence de levures bourgeonnantes, filaments ou pseudo-filaments. . Culture sur milieu Sabouraud en 24 h + fongigramme.
	Candidose buccale	- **Perlèche** : **intertrigo de la commissure labiale**, uni- ou bilatérale, avec un fond érythémateux du pli, fissuraire, voire macéré puis desquamatif ou croûteux, et extension possible à la peau adjacente et aux lèvres (**chéilite angulaire**). Fréquente chez l'édenté, les patients souffrant de bavage. Entretenue par un tic de léchage. - **Glossite** : langue érythémateuse et dépapillée, souvent associée à la stomatite. . Glossite losangique médiane : en avant du V lingual, rouge carminée, +/- indurée. - **Stomatite érythémateuse** : **sécheresse buccale** (xérostomie), sensation de cuisson, goût métallique et/ou désagréable et/ou modification de la perception gustative (dysgueusie), muqueuse (gencives et palais) brillante, rouge, vernissée et douloureuse, gêne à la mastication. - **Muguet** . **Phase de début :** 2-3j : **stomatite érythémateuse diffuse** : xérostomie, érythème buccal (face dorsale de la langue, voûte du palais, face internes des joues), dysgueusie, trouble de la mastication ou de la succion chez le nouveau-né. . **Phase d'état : enduit blanchâtre recouvrant les surfaces érythémateuses** se détachant facilement. Signes fonctionnels idem que phase de début, mais moins intenses. . **Évolution** : favorable sous ttt, chronicité possible ou extension au larynx (dysphagie) en abs de ttt. ➝ En l'absence de facteur favorisant retrouvé : **dépistage VIH.** - Forme localisée possible = **ouranite** : atteinte isolée du palais, face int d'une joue, glossite centrale.

<table>
<tr><td rowspan="5">CANDIDOSE GENITALE</td><td rowspan="2"></td><td>DD</td><td>- Stomatite : autres inflammations de la muqueuse buccale (lichen, eczéma de contact, dermatose bulleuse auto-immune…)
- Muguet : leucoplasie (tabac++, asymptomatique, plage blanche unilatérale), lichen plan buccal (muqueuse jugale post, bilatérale, lésions ne se détachant pas au grattage).
- Glossite :
. Langue géographique (glossite exfoliatrice marginée) : plaque rouge dépapillée entourée d’une bordure blanche, mobile d’un jour à l’autre idiopathique ou associée à une dermatose comme le psoriasis.
. Langue noire villeuse : simple oxydation des papilles du dos de la langue, aspect chevelu brun/noir Iatrogène++ (antibio, anticholinergiques, radiothérapie) ou spontanée. Asymptomatique si isolé. Possible surinfection par Candida.
. Glossites carentielles ou métaboliques.
. Glossodynie : signes fonctionnels (gêne, douleur) sans lésions muqueuses.
- Perlèche : streptococcique +++ ou staphylococcique (très douloureuses, parfois associée à Candida), syphilitique (plaques muqueuses buccales dites « plaques fauchées », symptôme rarement isolé avec des lésions cutanées génitales et péri-anales), herpétique (vésicules puis croûtes spontanément résolutives en qq jours), nutritionnelle (carences martiales ou en zinc).</td></tr>
<tr><td>Candidose digestive</td><td>- Candidose œsophagienne (plus rare) : généralement par extension d’une candidose buccale, doit faire rechercher une immunodépression (notamment VIH avec CD4 < 400, hémopathies, traitements).
- Candidose gastro-intestinale : généralement accompagnant une candidose bucco-œsophagienne, possiblement révélée par une diarrhée (mais la présence de C. Albicans dans un prélèvement de selles peut être juste une colonisation saprophyte si pas de symptômes).
- Candidose anorectale : anite prurigineuse, érythémateuse, érosive et suintante, avec atteinte périanale pouvant se prolonger par un intertrigo interfessier avec fines pustules inflammatoires en périphérie.</td></tr>
<tr><td></td><td>DD</td><td>- Atteinte périanale : anite streptococcique, macération, hémorroïdes.</td></tr>
<tr><td colspan="3">- Caractère sexuellement transmissible controversé (surtout chez la femme).
- Possible survenue chez l’enfant par extension d’une dermatite fessière ou d’une anite candidosique.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Vulvo-vaginite candidosique</td><td colspan="2">= Femmes jeunes et d’âge moyen, surtout pendant la grossesse, rare > 50 ans.
- Lésions érythémateuses et œdémateuses, puis enduit blanchâtre et leucorrhées, souvent abondantes, blanc jaunâtre, stagnant dans les plis de la muqueuse vulvo-vaginale.
- Prurit, souvent intense, possiblement accompagné de dyspareunie.
- Fréquente extension aux plis inguinaux et au pli inter-fessier.
- Possible cervicite érosive ou urétrite (dysurie, pollakiurie) associée.
- Forme récidivante ou chronique : prolifération répétée d’une colonisation saprophyte, retentissement psychique ++.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Infectieuse : bactérienne, parasitaire (trichomonose).
- Inflammatoire : lichen scléreux (surtout femme ménopausée), eczéma de contact, lichénification, psoriasis.
- Tumorales : carcinome épidermoïde in situ, adénocarcinome intra-épithélial à cellules claires (maladie de Paget extra-mammaire).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Candidose génitale masculine</td><td colspan="2">= Peu fréquente, souvent paucisymptomatique : picotements post-coïtaux, sans lésion détectable.
- Balanite et balanoposthite : lésion érythémateuse, rarement pustuleuse du gland, du sillon balanopréputial et/ou du prépuce, réaliser biopsie au moindre doute.
- Méatite : érythème péri-méatique, dysurie, prurit, accompagnant souvent la balanite, exceptionnellement écoulement purulent blanc verdâtre → à authentifier par prélèvement mycologique.
- Urétrite masculine : exceptionnelle, souvent terrain particulier (immunodépression), brulures mictionnelles/dysurie/écoulement urétral.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Infection : syphilis secondaire, herpès génital.
- Irritative (balanite de macération) ou inflammatoire (psoriasis).
- Carcinome intra-épithélial : érythroplasie de Queyrat → biopsie au moindre doute.</td></tr>
<tr><td>INTERTRIGO CANDIDOSIQUE</td><td colspan="3">= Le plus souvent auto-inoculation à partir d’un réservoir digestif ou vaginal, favorisé par la macération, l’obésité, le diabète, le manque d’hygiène et l’antibiothérapie systémique évolution souvent chronique, récidivante.
- Diagnostic clinique, grands plis > petits plis.
- Lésion prurigineuse à fond érythémateux, recouvert d’un enduit crémeux malodorant et suintant, avec une fissure fréquente au fond du pli, limitée par une bordure pustuleuse ou une collerette desquamative.</td></tr>
<tr><td>Intertrigo des grands plis</td><td colspan="2">= Plis génito-cruraux (nourrissons ++), interfessier, sous-mammaires, axillaire ou du repli abdominal chez l’obèse.
- Atteintes souvent intriquées entre elles (« complexe des grands plis »), souvent bilatéral et symétrique.
- Débute au fond du pli par une fissure prurigineuse bilatérale et symétrique en faveur d’une atteinte candidosique.
- Évolution centrifuge avec en périphérie de petites pustules ou une fine desquamation.
- Suintant et malodorant.</td></tr>
</table>

		DD	- **Intertrigo dermatophytique** : surtout des plis inguinaux et interdigitaux plantaires. - **Psoriasis inversé** : intertrigo vernissé, bien limité, parfois papuleux, sans pustule ni aspect en collerette en périphérie → à évoquer en cas d'intertrigo résistant à un traitement bien conduit, ou de plaque psoriasique typique en dehors des plis. - **Dermatite de contact allergique** (prurigineuse, érythémato-vésiculeuse, suintante) ou **caustique** (sèche, crevassée). - **Intertrigo microbien** : staphylocoque, streptocoque ou pyocyanique → intertrigo douloureux, fissuraire ou répondant mal à l'antifongique. - **Erythrasma** = intertrigo à corynébactéries : tache brune chamoisée, volontiers symétrique, de teinte homogène, asymptomatique, fluorescence rouge corail en lumière de Wood.
	Intertrigo des petits plis	= Interdigitaux des mains ou des pieds (plus fréquents), péri-ombilical, périanal, rétro-auriculaire. Facteurs favorisants : - **Contact avec l'eau** (plongeur en restaurant, ménagère) ou le sucre (pâtissiers) pour l'atteinte des mains. - **Hyperhidrose** (transpiration excessive). - **Occlusion** : port de chaussures de sécurité, bottes…	
		DD	- **Dermatophytose, dyshidrose, psoriasis.**
CANDIDOSE DES PHANERES	**Onychomycose candidosique**	= Atteinte préférentielle des mains, favorisé par contact avec l'eau (ménagère) ou le sucre (artisan pâtissier), évolution chronique par poussées intermittentes. - **Périonyxis** (ou **paronychie**) : tuméfaction douloureuse de la zone matricielle et du repli sus-unguéal, possible sudation de pus à la pression. - **Onyxis** = envahissement de la tablette unguéale : teinte marron verdâtre dans les régions proximales et latérales. - **Surinfection bactérienne** fréquente, notamment à *Pseudomonas* (teinte bleu-vert).	
		DD	- **Périonyxis bactérien.** - **Onyxis à dermatophyte**, **psoriasis** (vulgaire, pustuleux), **lichen, pelade, microtraumatismes.**
	Folliculite candidosique du cuir chevelu	= **Inflammation** et **suppuration douloureuse** du follicule pilosébacé par *C. Albicans.* - Volontiers associées à l'**héroïnomanie IV** (témoin d'une septicémie).	
		DD	**Folliculite microbienne, pytirosporique, inflammatoires.**
AUTRES	**Candidose cutanée congénitale**	= **Pustulose diffuse du nouveau-né** = consécutive à une **chorioamniotite** par vulvo-vaginite maternelle en fin de grossesse : rare, de bon pronostic. - À différencier de la **candidose systémique gravissime** : nouveau-né prématuré de faible poids de naissance, contaminé au cours du passage dans la filière génitale de mauvais pronostic +++.	
	Candidose cutanéo-muqueuse chronique	= Lié à un **déficit congénital de l'immunité cellulaire** vis-à-vis de *C. albicans* : très rare. - Surtout chez l'enfant : **atteinte unguéale, buccale** voire **cutanée** (**granulomes moniliasiques**). - Plus discrète chez l'adulte.	
DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE	= Non systématique en routine : présentation clinique souvent évidente. - **Indication** : atypie, doute diagnostique (avant traitement), lésion récidivante ou résistante au traitement. - **Prélèvement de lésion cutanéo-muqueuse** à l'écouvillon, ou **de l'ongle** (découpage d'un fragment de tablette).		
	Examen direct	- Recherche de **levures bourgeonnantes.** - Présence de **pseudo-filaments** ou de **filaments** : signe le pouvoir pathogène de *C. albicans.*	
	Culture sur milieu de Sabouraud	- **Développement des colonies** en 48 h : caractérisation de l'espèce en cause. - Mise en évidence de *C. Albicans* : . Site cutané : diagnostic (absent de la peau saine). . Site muqueux : interprétation selon le nombre de colonies et de la présence de filaments.	
TTT	**Antifongique local**	- **Imidazolé** : **clotrimazole, bifonazole, éconazole, genticonazole, isoconazole, kétoconazole, miconazole, omoconazole, oxiconazole, sertaconazole, tioconazole.** - **Pyridone** : **ciclopiroxolamine** (Mycoster®). - **Allylamine** : **terbinafine** (Lamisil®), d'efficacité moindre sur C. Albicans. - **Critères de choix** : imidazolés en 1re intention, forme galénique adaptée au site (pas de poudre dans les plis, irritant), 1 à 2 applications quotidiennes, pendant 2 à 4 semaines, formes particulières pour les muqueuses (suspension buccale, dragées, ovules.	
	Antifongique systémique	→ Aucun antifongique oral n'est autorisé chez la femme enceinte. - **Fluconazole** (Triflucan®) : 1re intention, IV pour les candidoses disséminées, systémiques et profondes ; ou *PO* pour les candidoses oropharyngées et œsophagiennes en cas d'ID**, nombreuses interactions médicamenteuses (inducteur du cytochrome → AVK, sulfamides…)** - **Polyène** = prévention des mycoses des sujets ID ou TT complémentaire des candidoses vaginales et cutanées, toxicité rénale et hémato → usage en réa ou chez les transplantés, Suspension buvables pour les candidoses œso-pharyngées (pas d'absorption donc action seulement locale). → **Amphotéricine B :** TT de référence des mycoses systémiques,) ou **nystatine.** - **Terbinafine :** en 2de intention, moins efficace que sur les dermatophytes, que si CI au Fluconazole. - **Autres** : itraconazole, flucytosine : infections systémiques et ID, jamais dans les formes superficielles.	

<table>
<tr><td rowspan="8">STRATEGIE THERAPEUTIQUE</td><td colspan="3">- Traitement local systématique.
- Traitement systémique associé en cas d’atteinte étendue, inaccessible à un traitement local simple (ongle…) ou chez l’immunodéprimé et/ou sévère (néonat, septicémie à C. Albicans…</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Candidose buccale</td><td>Immuno-compétent</td><td>- TTT local :
. Nystatine (Mycostatine®) : 4 à 8 comprimés à sucer/jour.
. Amphotéricine B (Fungizone®) : en suspension, 4 cuillères à café en 2 prises/jour.
. Miconazole (Daktarin®) : en gel buccal, 2 cuillères 4 fois/j (CI : AVK/sulfamide) ou cp buccal muco-adhésif (à laisser en place 24 h contre la gencive, pendant 7 à 14J, CI avec AVK ou sulfamides hypoglycémiants).
- Durée : 15 jours.
- Produits maintenus en contact avec la muqueuse pendant quelques minutes.
- Soins à distance des repas.
TTT adjuvant : bains de bouche alcalin (Eludril® ou bicarbonate de sodium à 14 % pour alcaliniser).</td></tr>
<tr><td>Enfant et nourrisson</td><td>- Amphotéricine suspension : 1 cuillère à café/10 kg/24 h en 2-3 prises (50 mg/kg par jour).
- Miconazole gel buccal : 1cuil mesure (2,5 ml) 4/jour.</td></tr>
<tr><td>Immuno-déprimé</td><td>= Traitement par voie général associé, surtout en cas d’atteinte œsophagienne, augmentation des posologies pour éviter résistances.
- Fluconazole (Triflucan®, 200 mg/j si buccale, 400 mg/j si atteinte œsophagienne) ou itraconazole (Sporanox®) : en cures courtes de 7 à 14 jours, discontinues pour éviter la résistance (14 à 21 jours si atteinte œsophagienne).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Candidose génitale</td><td>Vulvo-vaginite aiguë</td><td>- Imidazolé : 1 ovule pendant 1 à 3 jours.
- Crème antifongique locale type dérivé imidazolé pendant 2 à 4 semaines.
- Nystatine.
- Toilette au savon alcalin (Hydralin®).</td></tr>
<tr><td>Vulvo-vaginite récidivante</td><td>- Traitement préventif : ovule antifongique LP 1 fois/mois à J20 du cycle.
- Fluconazole per os à discuter.
- Traitement prophylactique par ovule d’imidazolé LP avant antibiothérapie si ATCD.
- Rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire.</td></tr>
<tr><td>Balanite</td><td>- Toilette au savon alcalin (Hydralin®).
- 1-2 Applications quotidiennes de dérivé azolé pendant 1 semaine.
- Si échec, fluconazole per os.
- Rechercher et traiter une éventuelle candidose chez le partenaire.</td></tr>
<tr><td>Candidose des plis</td><td colspan="2">- Antifongique local = lotion, gel, poudre, crème : imidazolé, Amphotéricine B ou ciclopiroxolamine pendant 2 à 4 semaines.
- Éradication des facteurs favorisants : macération, traitement d’un réservoir buccal, digestif ou vaginal.</td></tr>
<tr><td>Candidose unguéale</td><td colspan="2">- Antifongique local = solution « filmogène » ou crème sous occlusion : efficace seulement en cas d’atteinte modérée et distale.
- Antifongique systémique si atteinte de plusieurs doigts ou échec des topiques, après identification mycologique : fluconazole (Triflucan®, 150 à 300mg/j) pendant 6 semaines à 3 mois (hors AMM).
- Mesures associées : séchage des doigts, bains de doigts antiseptique (poly-vinyle-pyrrolidone ou chlorhexidine) pour lutter contre la surinfection bactérienne, port de gants.</td></tr>
</table>

ATTEINTE	MESURES ASSOCIEES	ANTIFONGIQUE	DUREE
Candidose buccale	Soins à distance des repas **Bains de bouche alcalin**	TTT local : **Miconazole** (gel buccal) → CI : AVK, sulfamide **Amphotéricine B** (suspension) **Nystatine** (cp à sucer)	1-3 semaines
		Chez l'immunodéprimé : TTT systémique **Fluconazole** ou **Itraconazole**	5-15 jours Discontinues
Vulvo-vaginite	**Toilette au savon alcalin** Recherche et traitement des partenaires	**Ovule imidazole**	1-3 jours
		Crème imidazole	2-4 semaines
		Si récidivante : **ovule imidazole LP**	1/mois à J20 du cycle Avant toute antibiothérapie
Balanite	**Toilette au savon alcalin**	**Crème imidazole**	2-3 semaines
Candidose des plis	Éradication des facteurs favorisants Traiter un réservoir buccal, digestif ou vaginal	TTT local (lotion, gel, poudre, crème) : **Imidazole** ou **ciclopiroxolamine**	2-4 semaines
Candidose unguéale	Séchage des doigts **Bains antiseptiques**	TTT local si atteinte modérée/distale : **solution filmogène, crème sous occlusion**	
		TTT systémique si atteinte de plusieurs doigts ou échec du topique **Fluconazole** → Après identification mycologique	6 à 12 semaines

INFECTIONS À DERMATOPHYTE

Dermatophyte = mycose superficielle : **champignons filamenteux** type ***Epidermophyton, Microsporum*** ou ***Trichophyton.***
- Non saprophyte de la peau, des muqueuses ou des phanères → **toujours pathogènes.**
- **3 réservoirs** : tellurique, humain, animal.
- Affinité pour la **kératine** (couche cornée de l'épiderme et phanères) → **aucune atteinte muqueuse.**
- Facteur favorisant principal : **altération épidermique** (traumatique…)
- Transmission par contact avec des **poils** ou des **squames** contaminés.

TRANSMISSION

Interhumaine : contamination directe, ou le plus souvent indirecte par les sols (squame), peigne, brosse, vêtement, chapeaux…
- Espèce anthropophile : ***Trichophyton*** (*T. rubrum, T. interdigitale, T. violaceum, T. soudanenese, T. tonsurans…)*
- Prédomine en milieu sportif (**piscine**), **douches collectives, vestiaires des écoles**, favorisé par la macération.
→ Risque épidémique en cas de teigne (*T. soudanense*).

Mammifère (**zoophile** : *Microsporum canis, T. mentagriphytes*) : élevage ou de compagnie, lésion souvent inflammatoire.
Tellurique (géophile) : *M. gypseum* transmission par le sol (terre, sable) ou par un animal vecteur.

DERMATOPHYTOSE DES PLIS

= ***Trichophyton rubrum*** (70-80 %) ou ***interdigitale*** (10-15 %) ou ***Epidermophyton floccosum*** (5 %).

Intertrigo inter-orteils

= Touche l'adulte/ado surtout, préférentiellement au 4e et 5e espaces.
- Aspect de simple **desquamation** sèche ou suintante, associée ou non à des **fissures** ou à des **vésiculo-bulles** sur la face interne des orteils et au fond du pli ± **prurit** variable.
- Complication : porte d'entrée bactérienne (érysipèle), diffusion à l'ensemble du pied (tinea pedis) ou d'autres régions du corps, contamination pied-main (notamment *T. rubrum,* « two feet-one hand »).

DD

- **Candidose à *Candida albicans*** : rare au pied, le plus souvent au 1er espace.
- **Eczéma dyshidrosique** : vésicules bien individualisées, bulles, évoluant par poussées, prurit intense ± suintement.
- **Intertrigo à BGN** : lésions érosives, douloureuses, atteinte généralement de plusieurs espaces inter-orteils, très suintante parfois verdâtre, odeur âcre, résistant à l'antifongique.

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">Atteinte des grands plis</td><td colspan="2">Pli inguinal = eczéma marginé de Hébra : généralement auto-inoculation à partir du pied.
- Placard bistre (guérison centrale), à bordure active érythémato-squameuse, voire vésiculeuse avec fin décollement épidermique, prurigineux.
- Extension à la face interne de la cuisse de façon centrifuge : contour circiné, en carte de géographie.
- Fond du pli : ni érythémateux, ni fissuré, plutôt sec.
➞ En faveur d’une dermatophytose :
• Bordure érythémato-vésiculo-squameuse et bien limitée.
• Extension centrifuge avec guérison centrale.
• Atteinte unilatérale.
Autres plis = inter-fessier, axillaire, abdominal, sous-mammaire : moins fréquent, aspect identique.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Candidose : placard rouge, souvent vernissé, pli fissuré, recouvert d’un enduit blanchâtre, bords émiettés avec fine collerette ou pustules périphériques, sans extension à distance du pli.
- Erythrasma à Corynebacterium minutissimum : placard brun chamois, finement squameux, sans bordure active, avec fluorescence rouge corail à la lampe de Wood.
- Non infectieux : dermatite de contact irritative, eczéma de contact, psoriasis inversé.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">DERMATOPHYTOSE EN PEAU GLABRE</td><td colspan="3">= +++ à dermatophyte anthropophile des pieds (T. rubrum ++) ou zoophile (chat, chien) par contact direct ou indirecte.</td></tr>
<tr><td>Dermatophytie circinée</td><td colspan="2">= Tinea corporis ou « herpès circiné » : atteinte unique ou multiple, surtout des régions découvertes, chez les personnes exposées à des animaux domestiques et d’élevage.
- Placards arrondis ou polycycliques (coalescents), avec bordure érythémato-vésiculo-squameuse très évocatrice, d’évolution centrifuge avec guérison centrale.
- Prurit parfois intense.</td></tr>
<tr><td>Kérion</td><td colspan="2">= Forme inflammatoire : dermatophyte d’origine animale ou tellurique.
- Lésion nodulaire et pustuleuse.
- Parfois 2ndr à l’application d’une corticothérapie locale.</td></tr>
<tr><td>Kératodermie palmoplantaire</td><td colspan="2">- Tableau stéréotypé : kératodermie palmaire unilatéral, occasionnellement prurigineuse, associée à une kératodermie des 2 plantes (« one hand, two feet »).
- Aspect blanchâtre, farineux, avec renforcement des plis palmoplantaires ± atteinte unguéale.
- Une atteinte plantaire, ± fissuraire, ± limitée au talon, isolée sans atteinte palmaire possible.</td></tr>
<tr><td>Forme de l’immunodéprimé</td><td colspan="2">= VIH, corticothérapie à haute dose, greffé d’organe, diabète : absence de bordure évolutive et de prurit, profusion des lésions, rapidité d’extension.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td colspan="2">- Lésion annulaire ≠ dermatophytose : éliminer un eczéma nummulaire, une dermatite atopique, un psoriasis annulaire, un pityriasis rosé de Gilbert (virose à lésions multiples), un lupus cutané chronique.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TEIGNE</td><td colspan="3">= Infection dermatophytique avec parasitisme pilaire : beaucoup plus fréquente chez l’enfant.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Teigne du cuir chevelu</td><td colspan="2">= Essentiellement l’enfant avant la puberté : transmission interhumaine indirecte (bonnet, matériel de coiffure : petites épidémies intrafamiliales), ou transmission animale (formes inflammatoires +++).</td></tr>
<tr><td>Teigne tondante microsporique</td><td>= Plaque alopécique et squameuse, de grande taille, unique ou peu nombreuses, arrondies, extension centrifuge.
- Cheveux cassés à quelques millimètres de la peau.
- Fluorescence jaune-vert à la lumière de Wood.
➞ D’origine anthropophile ou animale.</td></tr>
<tr><td>Teigne tondante trichophytique</td><td>= Multiples petites plaques alopéciques éparses, squameuses ou squamo-croûteuses, parfois pustuleuse.
- Engluant des cheveux cassés à l’émergence.
- Non fluorescente à la lumière de Wood.
➞ Toute d’origine anthropophile.</td></tr>
<tr><td>Favus</td><td>= Teigne faviqueà T. schoenleinii (exceptionnelle en France) : plaques alopéciques arrondies recouvertes de squames-croûtes à dépression cupuliforme (« godets faviques »).
- Évolution cicatricielle vers l’alopécie définitive.</td></tr>
<tr><td>Kérion</td><td>= Teigne inflammatoire : en milieu rural surtout, par teigne animale (T. mentagrophytes, transmission possible par équidés dans le monde sportif).
- Lésions nodulaires, crouteuses, inflammatoires et douloureuses, avec orifices pseudo-fistuleux avec écoulement purulent et sanglant (pas de réelle collection abcédée) : dépilation si atteinte de zones pileuses/cuir chevelu.
- Souvent accompagné d’ADP satellites ± fièvre.</td></tr>
<tr><td>Teigne de la barbe</td><td colspan="2">= Sycosis mycosique : folliculite aiguë suppurée avec papules inflammatoires, pustuleuses, parfois verruqueuses.
➞ Difficile à distinguer d’une folliculite staphylococcique : diagnostic au prélèvement mycologique.</td></tr>
</table>

	Aspects atypiques	- **Pityriasis diffus** (état pelliculaire). - Formes modifiées par l'application de topiques. - **Teignes des immunodéprimés** (surtout VIH) : peut simuler une **dermatite séborrhéique** ou un **psoriasis.**
	DD	- **Psoriasis du cuir chevelu.** - **Fausse teigne amiantacée** (non alopéciques). - **Dermatite séborrhéique.** - Autres causes d'alopécies circonscrites (pelades, pas de squame).
ONYXIS DERMATO-PHYTIQUE		**Ongles des orteils** principalement (80 %) : ***Trichophyton rubrum*** (80 %) ou ***interdigitale*** (20 %). - Atteinte unguéale presque toujours associée à l'atteinte des espaces interdigitaux ou des plantes. - Débute dans la partie distale et/ou latérale par une **leuconychie**, suivie d'une **hyperkératose sous-unguéale**, puis d'une **onycholyse** par décollement distal de la tablette unguéale, sans périonyxis. **Ongle des doigts** : beaucoup moins fréquent que l'onyxis candidosique, espèces variées, mais T. rubrum toujours prédominant.
	DD	- **Onychopathie post-traumatique** (microtraumatisme de chaussure, notamment du gros orteil). - **Psoriasis.**
DIAGNOSTIC MYCOLOGIQUE		= **Indispensable** (sauf pour les intertrigos inter-orteils) : faible valeur prédictive de la clinique (polymorphisme lésionnel), nécessité fréquente d'une enquête pour déterminer l'origine humaine ou animale. ➙ Avant toute prescription d'antifongique local ou systémique ou après une fenêtre thérapeutique de **2 semaines.**
	Examen en lumière UV	= **Lampe de Wood :** fluorescence variable selon l'agent pathogène, vérifie l'extension des lésions. - **Dermatophytose microsporique** : fluorescence jaune-vert des poils. - **Dermatophytose trichophytique** : absence de fluorescence. - **Erythrasma** à *Corynebacterium minutissium* : fluorescence rouge corail.
	Prélèvements	= De squames (grattage), cheveux ou ongles atteints (pas d'écouvillonnage) : - **Examen mycologique direct** : présence de **filaments septés** ➙ pose le diagnostique. - **Culture sur milieu de Sabouraud** (long délai : 3-4 semaines) : précise le genre et l'espèce.
	Histologie	- **Biopsie cutanée** d'une dermatose inflammatoire non caractérisée : découverte fortuite de filaments mycéliens par **coloration au PAS.**
TTT		- **Antifongique local** = **imidazolé**, **ciclopiroxolamine**, **terbinafine** : galénique adaptée, 1-2 applications/j x 3 à 4 semaines. - **Antifongique général** : . 2 semaines (peau glabre) à plusieurs mis (ongles). . **Griséofulvine** : fongistatique (donc assoc systématique à une TT local), 1 g/j (adulte), 20 mg/kg (enfant, le seul antifongique systémique utilisable chez l'enfant), à prendre au milieu d'un repas avec un corps gras pour facilite l'absorption ; EI = **photosensibilité, interactions.** . **Terbinafine** : fongicide, non disponible chez l'enfant, peu d'interaction ; **EI** = tb digestifs, modifications du gout, toxidermies graves, hépatites, cytopénies sévères (rares) ; suivi = Transaminases avant traitement et contrôle à 6 semaines. . **Itraconazole.**
	Pli ou peau glabre	- **Traitement local** si atteinte isolée des plis ou lésions de la peau glabre limitées en nombre et en étendue, pendant 2-3 semaines par azolés locaux (3 semaines) ou terbinafine (1 semaine). - **Traitement systémique** si : . Atteinte palmoplantaire. . Multiples lésions de peau glabre. . Association à une atteinte unguéale ou pilaire.
	Teigne	- **Antifongique local et systémique** : . Pour une durée > 6 semaines. . Jusqu'à guérison complète : clinique et mycologique. - **Localement** : . Désinfection par polyvidone iodée moussante en shampoing en début de TT. . Forme galénique adaptée au cuir chevelue (lotion, crème, shampoing). - **TT systémique** : CI chez la femme enceinte ou allaitante et enfant de moins de 1 an, griséofulvine en 1er intention, terbinafine sinon (CI chez l'enfant). - Associé : . Désinfection des bonnets, capuches et instruments de coiffure avec un antifongique en poudre. . Coupe des cheveux infectés du pourtour des plaques. . Éviction scolaire sauf si certificat attestant d'une consultation et traitement adapté. - **Examen de la famille** et traitement des sujets atteints (si agent anthropophile) ou de l'animal (si zoophile).
	Ongle	➙ Seulement après identification mycologique du dermatophyte responsable. - **Antifongique** pendant 3 à 6 mois à la main ou 6 à 9 mois au pied : . **Local** (vernis) si atteinte modérée et distale. . **Systémique** par terbinafine si atteinte matricielle ou étendue en plus du traitement local.

INFECTIONS À MALASSEZIA

= Malassezia, notamment ***furfur*** : levure lipophile et kératinophile, commensale de la peau.
- **Facteur de risque** : peau grasse, application de corps gras, chaleur, humidité, sudation, grossesse, hypercorticisme, immunodépression.
- **Non contagieux.**

DG	**Pityriasis versicolor**	- **Macules** individualisées puis confluentes, de couleur **chamois**, **non prurigineuses**, finement squameuse (« signe du copeau »), siégeant au thorax et au cou, pouvant s'étendre à tous les corps (hors paume/plante).	
		TTT	- **Kétoconazole topique** avec 2de application à 1 semaine.
	Dermatite séborrhéique	- **Fréquente** ++ (1 à 3 %) chez l'homme adulte. - Lésions **érythémato-squameuses**, généralement **prurigineuses**, prédominant au visage, notamment aux zones où prédomine la séborrhée (sourcils, sillons naso-géniens, glabelle, lisière antérieure du cuir chevelu). - **FdR** : VIH, syndrome parkinsonien, cancer des VADS, OH chronique.	
		TTT	- **Kétoconazole** en gel moussant. - **Ciclopiroxolamine** en topique. ± **Dermocorticoïdes** dans les formes très inflammatoires.
	Pityriasis capitis	- Dermatite séborrhéique du cuir chevelu, **prurigineuse**, **fréquente** chez le nourrisson et chez les adultes +++.	
	Folliculite du tronc	- Dermatose de l'homme jeune, souvent prurigineuses, siégeant habituellement au dos.	
	Fongémie	- Rare, principalement chez le **prématuré** ou **l'immunodéprimé** sous **nutrition parentérale** lipidique par voie IV.	
	PC	- **Lumière de Wood** : **fluorescence jaunâtre.** - **Prélèvement cutané (de squame, Scotch-test cutané)** : examen direct.	